CONTRIBUTION A L'ÉTUDE N° 6

DES KYSTES

DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 14 février 1885

PAR

H. AUSSENAC

Né à Montredon (Tarn)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
GRASSET..... ....) Assesseurs
LANNEGRACE.....)

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.

MARTINS (O. ✻) COURTY ✻. Profes. honor.

Chargés de Cours:

Clinique des maladies des enfants. MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
GRYNFELTT.	REGIMBEAU ✻.
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse:

MM. LANNEGRACE, *président;*
DUBRUEIL, professeur;
GRYNFELTT, agrégé;
BIMAR, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544306_0081

A la Mémoire de mon Père

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance

A MA SŒUR ET A MA BELLE-SŒUR

A MES FRÈRES

H. AUSSENAC.

A MES PARENTS

H. AUSSENAC.

A Monsieur le Docteur KIENER

Professeur-Agrégé au Val-de-Grâce
Médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur LANNEGRACE

H. AUSSENAC.

A MES AMIS

H. AUSSENAC.

AVANT-PROPOS.

Au mois d'octobre, M. le professeur Dubrueil opérait une jeune malade d'un kyste du maxillaire inférieur. La rareté de cette maladie attira notre attention et nous engagea à faire de son étude le sujet de notre thèse.

Les kystes des mâchoires ont de tout temps préoccupé les chirurgiens, et leur pathogénie a, dans ces dernières années, soulevé de nombreuses controverses. La plupart des auteurs en admettent deux variétés : les uns d'origine dentaire, les autres n'ayant aucun rapport avec ces organes. Les premiers sont bien connus, mais l'existence des seconds peut être contestée. Le tissu osseux peut-il devenir le siège d'un kyste ? N'a-t-on pas le plus souvent décrit sous le nom de kystes non dentaires de simples cavités dues au ramollissement de tumeurs variables ?

Nous nous rallions dès maintenant à cette dernière opinion, et la deuxième partie de notre travail aura surtout pour but de montrer l'insuffisance des observations d'après lesquelles on a décrit des kystes indépendants du système dentaire. Les deux autres parties ont été consacrées à l'étude des kystes d'origne dentaire.

Avant de terminer, nous devons remercier M. le professeur Dubrueil de ses bienveillants conseils. M. le Dr Kiener, professeur-agrégé au Val-de-Grâce, a bien voulu nous guider dans notre travail ; nous lui devons aussi la partie histologique de notre observation personnelle. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

APERÇU HISTORIQUE.

Sous le nom de kystes osseux des mâchoires, les auteurs ont décrit des affections différentes. On ne saurait cependant méconnaître l'existence de vrais kystes dans quelques observations rapportées par Fauchard (1), Runge (2), Jourdain (3).

Parmi les tumeurs des os, dit Hunter (4), il s'en trouve une espèce qui consiste dans l'accumulation d'une substance probablement formée de lymphe coagulable ; elle siège surtout au maxillaire inférieur et peut être rangée au nombre des tumeurs enkystées. D'après Velpeau (5) elle appartiendrait aux kystes osseux de la face de même que ces tumeurs dont parle Callisen et qui ont exigé l'arrachement de plusieurs dents.

(1) Fauchard, Le chirurgien-dentiste 1728.
(2) Runge, Thèses chirurgicales de Haller 1750.
(3) Jourdain, Traité des maladies de la bouche 1778.
(4) Hunter, Leçons sur les principes de la chirurgie, p. 632, trad. de Richelot.
(5) Velpeau, Méd. op., t. III.

Delpech (1), le premier, a nettement décrit une variété de kystes dentaires : « J'ai vu, dit-il, le cordon vasculaire des dents entraîner après lui un petit kyste fusiforme, transparent, fluctuant, en un mot un véritable kyste séro-muqueux développé dans le tissu cellulaire qui unit les vaisseaux et le nerf de chaque dent. Le fond de l'alvéole offrait un prolongement dans lequel était logée la petite tumeur. » L'étude des kystes des mâchoires était peu avancée lorsque parurent les travaux de Dupuytren (2). Cet éminent chirurgien donna une description complète de cette maladie et chercha à la différencier des autres affections osseuses avec lesquelles on l'avait jusque-là confondue. Mais la signification du mot kyste n'était pas encore bien établie, et ce qu'il a dit des kystes solides doit être rapporté à des corps fibreux ou à d'autres productions,

En 1840, Forget (3) ajouta à la classification de Dupuytren, les kystes à produit mixte, donna le nom d'alvéolo-dentaire à la variété signalée par Delpech et décrivit, d'après ses propres observations, des kystes multiloculaires constitués, dit-il, par des cellules agrandies du tissu spongieux de l'os. A l'exemple de ces derniers, Nélaton (4) a décrit des kystes uniloculaires et multiloculaires. Mais leur étiologie reste pour lui fort obscure et comme ils se développent presque exclusivement sur les maxillaires et que plusieurs sont en rapport avec des racines de dents, il reconnaît que l'évolution dentaire joue un grand rôle dans la production de cette maladie.

(1) Delpech, Chirurgie clinique, t. II, 1816.
(2) Leçons orales de clinique chirurgicale.
(2) Thèse de Paris.
(4) Éléments de pathologie externe.

En 1847, dans un mémoire consacré à l'étiologie des kystes séreux qui se développent dans l'épaisseur des maxillaires, Guibout, s'inspirant des travaux de Oudet (1), attribue leur formation à trois ordres de causes : 1° un état pathologique du follicule dentaire ; 2° un vice de l'évolution dentaire ; 3° l'activité vitale que la nature déploie au centre des mâchoires et les vicissitudes de forme, de dimension et de structure auxquelles ces os sont sujets.

Quelques années plus tard, Duchaussoy (2), éliminant les tumeurs enkystées décrites à tort comme kystes, étudie les kystes proprement dits et les cavités closes des mâchoires. Dans les premiers, il range les kystes muqueux du sinus et le kyste alvéolo-dentaire de Forget. Sous le nom de cavités closes, il décrit des cavités le plus souvent multiples et qui semblent s'être développées au centre des tumeurs en voie de ramollissement.

De nos jours, d'importants travaux sur l'évolution dentaire dus à Broca (3), Legros et Magitot (4) ont permis d'étudier de plus près les kystes des mâchoires et d'établir clairement leur pathogénie. Dans un mémoire (5) publié en 1872, M. Magitot a démontré que les vrais kystes du maxillaire ne peuvent se développer que dans le follicule ou dans le sac périostique. Son opinion combattue par Forget à la Société de chirurgie n'a pas entraîné la conviction de tous les chirurgiens. MM. Guyon (6), Duplay, décrivent des kystes non

(1) Oudet, Articles *dents* et *odontotechnie* Dict. en 30 vol.
(2) Duchaussoy, Kystes des mâchoires, Thèse d'agrégation, 1857.
(3) Broca, Traité des tumeurs.
(4) Legros et Magitot, *Journ. d'an.* de Robin 1873, p. 449.
(5) Mémoire sur les kystes des mâchoires, *Arch. gén. de méd.* 1872-73.
(6) Guyon, dictionnaire encyclopédique art. *Maxillaires*.

dentaires qui prendraient naissance dans le tissu spongieux de l'os et auraient pour point de départ une irritation due à une lésion des dents.

Cette dernière variété de kystes a surtout été admise par Reynaud (1), Nous rapportons plus loin les observations sur lesquelles il a basé sa théorie.

(1) Thèse de Paris 1873.

DES KYSTES DENTAIRES.

Pathogénie.— Cornil et Ranvier (1) ont défini les kystes, des tumeurs constituées par une membrane de tissu conjonctif, un revêtement épithélial interne et un contenu liquide, colloïde ou sébacé. Cette définition est applicable aux kystes dentaires dont nous allons brièvement étudier la pathogénie et l'anatomie pathologique.

Au moment où le follicule dentaire se détache du cordon épithélial qui lui a donné naissance, sa cavité est close et limitée par une enveloppe cellulo-fibreuse, lâche et très vasculaire. A l'intérieur sont les premiers éléments du nouvel organe.

Un trouble quelconque survenu en ce moment dans la paroi ou dans le contenu du sac fait avorter le travail qui devait aboutir à la formation de la dent. L'organe de l'émail se liquéfie ou dégénère. La paroi interne du follicule sécrète et le bulbe comprimé, par le liquide, s'atrophie ou disparaît.

Dès lors le sac dentaire est définitivement transformé en cavité kystique.

Les kystes qui se développent à une phase plus avancée de l'évolution dentaire, périodes odontoplastique et coronaire et ceux qui prennent naissance dans des follicules hétérotopiques, sont susceptibles de la même explication pathogénique.

(1) Manuel d'histologie pathologique.

Kystes périostiques.— Delpech le premier a signalé cette variété de kystes et Broca les a désignés sous le nom de kystes des racines. Dans son remarquable mémoire, M. Magitot a montré qu'ils sont dus à une altération du périoste alvéolo-dentaire. Consécutivement à la carie ou à un traumatisme, cette membrane très vasculaire s'enflamme et perd son adhérence avec le cément. L'épanchement qui se fait au niveau du décollement, peut devenir l'origine d'un kyste dont la cavité limitée intérieurement par la racine de la dent est formée extérieurement par le périoste lui-même.

Lorsqu'il s'agit d'une dent profondément altérée, dont la couronne est complètement détruite ou qu'il ne reste dans l'alvéole qu'une racine, la condition essentielle de la formation du kyste est la production de dentine secondaire qui vient obturer la cavité de la pulpe et empêcher toute communication du canal dentaire avec la bouche.

La même influence pathologique peut frapper à la fois ou à des époques différentes plusieurs follicules, ou plusieurs dents et amener la formation de cavités kystiques d'abord distinctes, mais qui plus tard se mettent en contact et par suite de l'usure de leurs parois finissent par communiquer. Il en résulte un kyste multiloculaire. Cette dernière variété peut encore reconnaître pour point de départ une poche unique, qui s'est irrégulièrement accrue par suite de la résistance plus grande qu'elle trouvait en certains points, de la part de l'os, ou qui a continué son développement dans une cavité alvéolaire voisine après en avoir détruit la paroi osseuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous étudierons successivement les différentes enveloppes qui constituent la paroi du kyste et la matière contenue dans sa cavité.

La peau a conservé sa coloration normale, n'est pas adhérente, les tissus cellulaires et musculaires sous-jacents sont également sains. Quand il s'agit de kystes périostiques, qui ont, ainsi que nous l'avons dit, une origine inflammatoire et s'accompagnent au début de violentes douleurs, les parties molles périmaxillaires peuvent devenir le siège d'une certaine induration.

Vient ensuite l'enveloppe ostéo-périostique. Dupuytren a avancé, dans ses cliniques, que dans les kystes des os, le tissu osseux n'est jamais gonflé ni ramolli, et fait grand cas de cette circonstance pour le diagnostic. Richet a émis la même opinion. Les parois osseuses ne s'hypertrophient pas, dit-il, elles s'amincissent au contraire jusqu'à la disparition complète de la lamelle osseuse.

Tous les auteurs ne partagent pas leur avis. Il est en effet difficile d'admettre qu'une cavité kystique puisse pendant plusieurs années se développer dans l'intérieur du maxillaire en y déterminant simplement une destruction lente du tissu osseux. Nous croyons au contraire qu'à sa périphérie, la tumeur soit par le refoulement continuel du tissu spongieux, soit par irritation de voisinage peut amener une congestion de l'os, qui donnera naissance à du tissu nouveau ou produira l'éburnation du tissu spongieux préexistant. Nous trouvons là la raison des hypérostoses, des rugosités que dans beaucoup de cas présentent au toucher, les kystes osseux, et que souvent l'examen des pièces anatomiques, résultant de l'abla-

tion de tumeurs de cette nature a permis de constater. Cet épaississement nous explique aussi pourquoi dans beaucoup de cas les parois osseuses ne se laissent pas déprimer pour revenir ensuite sur elle-mêmes et empêchent l'oblitération du kyste par le peu de tendance qu'elles ont à se rapprocher lorsque la tumeur a été vidée. Reconnaissons toutefois que dans la plupart des cas, les choses se passent autrement, et le kyste se développe dans l'épaiseur de l'os dont les lames, de plus en plus amincies par suite de la disparition des travées osseuses, se laissent facilement écarter. Elles finissent par se réduire à une mince lamelle que Dupuytren a comparée à une plaque métallique distendue sous l'effort du marteau.

Le tissu osseux peut même se résorber complètement par places, pour ne laisser que le périoste. Au milieu de ses désordres, Forget a trouvé le canal dentaire intact, quelquefois refoulé, dévié.

Les dents voisines de la tumeur sont souvent ébranlées, car les parois alvéolaires opposent à l'envahissement du kyste une résistance moindre et peuvent être facilement détruites.

Nous trouvons enfin, la membrane propre avec son revêtement épithélial. Elle est en rapport par sa face externe avec le tissu osseux ambiant auquel elle n'adhère souvent que par une couche plus ou moins lâche de tissu cellulaire. Par sa face interne, elle a un rapport de simple contiguité avec le contenu. Elle est formée par le sac folliculaire ou le périoste alvéolo-dentaire épaissi et présente, au point de vue de sa constitution anatomique, de grandes analogies avec ces deux dernières membranes. Sa trame se compose de fibres lamineuses lâches, enchevêtrées et mélangées de capillaires. Une couche épithéliale pavimenteuse, stratifiée et de formation nouvelle tapisse sa face interne. A la suite

d'une inflammation, elle peut s'épaissir, perdre son aspect lissé, et devenir mamelonnée. D'autres fois elle est réduite à une pellicule si mince qu'il est très difficile de la constater. C'est ainsi que dans le cas que nous avons observé, un stylet introduit dans la poche kystique, produisait un son sec comme s'il se fut agi d'une surface dénudée et pouvait faire croire à une affection plus grave que ne le sont les kystes.

Contenu.— Le contenu est solide ou liquide.

Contenu Solide.— Dans les kystes folliculaires, on trouve des grains dentinaires ou des parties de dents ayant atteint un développement plus ou moins complet, suivant la période d'évolution pendant laquelle la maladie a débuté. Dès l'ouverture du kyste périostique, on constate à l'aide du doigt ou du stylet les racines de la dent, rugueuses échancrées. Ces altérations que Delpech avait déjà signalées, M. Magitot les a rapportées à un phénomène de résorption amenée par les premiers troubles du périoste.

Contenu liquide. — Le liquide est clair, citrin, albumineux dans les kystes à marche lente, indolente, quelquefois visqueux et filant. La paroi peut s'enflammer ou les vaisseaux se rompre et le contenu devient alors purulent, sanguinolent. A l'examen microscopique, M. Magitot a trouvé dans ce liquide des cellules épithéliales, des globules de sang, des cristaux de cholestérine, des sels alcalins.

Très souvent le contenu acquiert une certaine consistance et ne s'échappe que si on applique fortement l'une contre l'autre les deux faces de la paroi.

C'est tantôt une gelée tremblotante, tantôt une matière pâteuse blanc-jaunâtre, semblable à du mastic de vitrier. Ce produit d'une odeur fortement butyreuse est composé de

caséïne, de cholestérine, sous forme de paillettes ou de cristaux. La graisse s'y montre sous toutes ses formes. Il serait dû, d'après Magitot, à une transformation des éléments du follicule à l'état embryonnaire, et ne se rencontrerait que dans les kystes embryoplastiques.

OBSERVATION PERSONNELLE.

Kyste périostique du maxillaire inférieur.

Léontine C., domestique, âgée de 22 ans, née à L. (Tarn), entre le 18 octobre 1884 à l'hôpital Saint-Éloi dans le service de M. le Professeur Dubrueil.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents sont encore en vie et jouissent d'une bonne santé. Elle a trois frères et une sœur qui n'ont jamais été malades.

D'une bonne constitution, et d'un tempérament un peu lymphatique, elle a été menstruée pour la première fois à 15 ans. Depuis, ses règles ont toujours été régulières, faibles et accompagnées d'un peu de leucorrhée. Malgré nos recherches, nous n'avons découvert aucune trace de maladie antérieure.

Vers le mois de janvier 1884, Léontine C. se trouvait à Valence (Espagne), quant à la suite d'un refroidissement, elle ressentit du côté gauche de violentes douleurs dentaires. En même temps la joue se gonfla considérablement. La partie postérieure du corps du maxillaire devint aussi le siége d'une légère tuméfaction en dedans et en dehors surtout. Le gonflement alla toujours en augmentant et occupa bientôt toute la joue. Les douleurs lancinantes, persistantes avec

exaspération nocturnes, devinrent intolérables. La gencive était douloureuse au toucher.

Bientôt la mastication devient impossible et pendant quelque temps la malade dut se nourrir exclusivement de potages ou autres aliments liquides.

Repos, frictions mercurielles sur la joue et cataplasmes.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et le gonflement ne diminuèrent pas. Une grosseur ayant à peu près le volume d'une amande se forma sur le bord inférieur du corps du maxillaire en avant de l'angle de la mâchoire. La maladie datait d'environ trois mois et demi, lorsque spontanément la tumeur s'ouvrit à l'extérieur par trois fistules à la fois laissant s'écouler un liquide peu épais et d'une couleur blanc jaunâtre. En même temps la tuméfaction diminua, les mouvements de la mâchoire devinrent moins pénibles et les douleurs diminuèrent d'intensité.

Léontine C. revint alors en France, et après une amélioration de courte durée, entra à l'hôpital de Perpignan. Là on pratiqua après chloroformisation, l'avulsion de deux dents (2^{me} petite et 1re grosse molaires) et des incisions à l'intérieur de la bouche, sur lesquelles il ne nous a pas été possible d'avoir des renseignements. Pendant quelque temps les fistules donnèrent issue à une quantité moins considérable de pus, et les cataplasmes furent remplacés par une simple mentonnière. Toutefois cette opération n'apporta à son état aucune modification appréciable, et le chirurgien qui la traitait jugeant une nouvelle intervention nécessaire, conseilla à la malade de venir à Montpellier. Son séjour à Perpignan avait duré cinq mois.

A son arrivée, M. le Professeur Dubrueil constata une tumeur lisse, de forme ovalaire, occupant toute la joue gauche et l'ouverture de trois fistules situées l'une près du bord postérieur de la branche du maxillaire au-dessus de l'échan-

crure sygmoïde, l'autre au niveau de l'angle de la mâchoire et un peu en avant, la troisième vers la partie moyenne du corps de l'os.

Le pus auquel elles donnent issue est blanc et crémeux et peu abondant. Les mouvements de la mâchoire sont pénibles et très limités ; une pression légère ne détermine pas de douleurs et ne fait pas percevoir de crépitation, La partie postérieure du corps du maxillaire et la moitié inférieure de la branche présentent une épaisseur beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. La tuméfaction s'étend à l'intérieur de la bouche ; on la sent facilement à l'aide du doigt. Un stylet introduit dans les fistules arrive sur une surface qui paraît rugueuse, dénudée et produit un son sec et net.

Examen des dents de la mâchoire inférieure. — Il est assez difficile chez notre malade de se rendre un compte exact de l'état des dents, car ainsi que nous l'avons dit les mouvements de la mâchoire sont très limités ; cependant l'émail a perdu de sa transparence. La deuxième petite molaire du côté droit est cariée et sa couronne a complètement disparu. En introduisant le doigt dans la bouche, on trouve à gauche l'espace laissé libre par les deux dents qui ont été avulsées et dont l'une était profondément altérée. Nous avons aussi noté au niveau des incisives un commencement de périostite alvéolo-dentaire.

Il n'existe aucune anomalie de nombre ou de position. La dent de sagesse a terminé son évolution.

Le vendredi 24 octobre 1884, M. le professeur Dubrueil fit une incision concave circonscrivant toute l'étendue postérieure et inférieure de la tumeur. Aussitôt, par l'ouverture qui vient d'être pratiquée, s'écoule une matière blanc-jaunâtre ayant presque la consistance du mastic de vitrier et l'opérateur pénètre dans une cavité kystique, tapissée de

toutes parts par une matière analogne à celle qui s'échappait des ouvertures fistuleuses. L'ouverture de cette cavité est alors agrandie à l'aide d'une gouge à main et on enlève autant que possible la matière dont il vient d'être question.

Un gros drain est ensuite placé de manière à faciliter l'écoulement des liquides. Pansement de Lister et injections détersives.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible.

La température n'a pas dépassé 38°,9.

Les ouvertures fistuleuses se sont oblitérées et la cavité kystique a rapidement diminué.

Nous donnons le résultat de l'examen histologique de la matière extraite de la tumeur, tel que M. le Dr Kiener a bien voulu nous le communiquer.

« La substance extraite du kyste a une coloration jaune-paille, un peu grisâtre, une odeur rance *sui generis*, une consistance onctueuse et butyreuse. Une parcelle délayée dans une solution colorante neutre (*picro-carmin*) ne montre aucun élément anatomique reconnaissable comme tel.

» Toute la masse est composée par de longues aiguilles de margarine effilées aux deux bouts et enchevêtrées dans toutes les directions. On voit aussi de petites boules opaques ressemblant à des corps granuleux et composées les unes par une agglomération de petites aiguilles de margarine et les autres par des amas de micro-organismes.

» Enfin, la graisse se rencontre encore sous la forme de masses irrégulières, demi-solides, réfringentes, ces dernières en petite quantité.

» Tous les interstices laissés entre les éléments mentionnés ci-dessus sont occupés par des myriades de bactéries et de micrococcus.

»Le chloroforme dissout complètement cette substance. Si l'on fait pénétrer quelques gouttes de chloroforme sous une lamelle renfermant la préparation précédente, on voit toutes les formes cristallines et amorphes de la graisse se transformer en gouttelettes huileuses émulsionnées dans le liquide de la préparation.

»Les apparences de corps granuleux signalés plus haut disparaissent complètement aussi et ne laissent jamais apparaître aucun corps cellulaire ou aucun noyau reconnaissable comme tel.

»En résumé, l'examen histologique ne montre, dans la substance extraite du kyste, qu'une matière grasse en voie de subir une fermentation spéciale.

»Il est absolument impossible de retrouver aucun vestige des éléments organisés dont cette graisse peut provenir.»

Le 1^er^ novembre, M. le professeur-agrégé Serre prend le service. Continuation du même traitement. De plus, tous les deux jours, M. Serre fait une injection au chlorure de zinc. Le titre de la solution est de 8 p. 100.

Nous avons revu la malade, au moment où nous publions l'observation, il existe encore un peu de tuméfaction. Mais la tendance de la poche kystique à l'oblitération complète est très évidente. On a supprimé le pansement et diminué la longueur et les dimensions du drain.

L'état général continue à être excellent.

KYSTES NON DENTAIRES.

Les kystes indépendants du système dentaire se développeraient aux dépens du tissu spongieux de l'os. Ils seraient constitués par une agglomération de petites cavités séparées par des cloisons complètes ou incomplètes et tapissées intérieurement par une membrane rougeâtre, tomenteuse.

On s'est basé pour les admettre, sur l'existence d'une affection semblable dans les autres parties du squelette.

Les kystes des os sont connus en France depuis que Nélaton les signala dans le corps du fémur. Des faits analogues ont été observés après lui dans les autres os. Mais la nature de ces productions morbides n'est pas encore déterminée. On a voulu les considérer comme des transformations de tumeurs érectiles. Broca (1) s'est élevé contre une pareille interprétation. « Les kystes des os, dit-il, ne sont pas des transformations de tumeurs érectiles ; s'il en était ainsi, elles devraient être plus fréquentes que les kystes des os et c'est le contraire qui a lieu. » Ces prétendues tumeurs vasculaires elles-mêmes tendent à disparaître à mesure que l'examen anatomo-pathologique devient plus exact. Quelques-uns, sans en expliquer la pathogénie, ont admis que des cavités kystiques pouvaient se créer de toutes pièces dans le tissu osseux. Dans leur traité d'histologie pathologique, Cornil et Ranvier ne font pas mention des kystes des os. D'après Heydenreich (2), on les a confondus avec des tumeurs enkystées

(1) Broca, Traité des tumeurs.
(1) Heydenreich, *Dictionnaire encyclopédique*, art. *Os*.

ou ramollies, des amas de matière tuberculeuse, des collections purulentes, et il est impossible d'affirmer qu'ils existent réellement en tant que maladie indépendante.

Les kystes multiloculaires non dentaires du maxillaire inférieur ne sont pas plus connus. Volkmann, Desprès (1) les considèrent comme des tumeurs solides en voie de ramollissement. Quelques-uns ont dit que l'os subissait une espèce de dégénérescence kystique. D'après M. Guyon (2), les kystes non dentaires seraient dus à une inflammation lente du tissu spongieux qui déterminerait, par résorption des lamelles osseuses, la formation de cavités kystiques à contenu variable et dont la surface interne est tapissée par une membrane molle et vasculaire. Mais dans ce cas la membrane est due à l'organisation d'une couche de lymphe plastique et de formation secondaire. Nous aurons affaire à un abcès enkysté mais non à un kyste ou alors cette expression ne conservera plus sa signification propre. La formation d'un kyste dans les données actuelles de la science suppose toujours une cavité profonde (cavité séreuse, cavité glandulaire) pourvue d'une enveloppe où les liquides sécrétés puissent s'accumuler. Dans le tissu osseux, nous ne trouvons rien de pareil.

Nous donnons maintenant les résumés des principales observations qui ont servi à la description des kystes non dentaires, elles seront suivies de quelques réflexions.

(1) Dict. de Jaccoud, art. *Mâchoires*.
(2) Dict. encyclopédique, art. *Maxillaire*.

Observation I.

(Thèse de Forget).

Kyste osseux du maxillaire inférieur.

M. D., 30 ans, dents cariées. Une tumeur du volume d'une petite noix au niveau des petites molaires droites nécessite l'ablation des parties molles et de quelques fragments osseux. Plus tard avulsion de trois dents cariées. Récidive. Le tissu des gencives est bosselé, inégal, d'une consistance fibreuse et d'un aspect lardacé. Le bord alvéolaire dégarni de ses dents molaires présente une couche de parties molles, fibro-squirrheuses, frappées çà et là de ramollissement. Engorgement ganglionnaire considérable. Désarticulation et amputation de la moitié droite de l'os.

Anatomie pathologique. — Le tissu osseux est rouge, ramolli. L'intérieur du kyste est tapissé par une fausse membrane grisâtre, molle, fongueuse et renferme de la matière cancéreuse aux divers degrés de dégénérescence : tissu fibreux, squirrheux, lardacé, caséeux, cérébriforme, bouillie jaunâtre et diffluente.

Réflexions. — La nature néoplasique de cette tumeur ne saurait être méconnue.

Observation II.

(Thèse de Forget.)

Kystes multiples développés dans la mâchoire inférieure.

L'origine de la maladie remonte à 15 ans, époque où a eu lieu l'avulsion de deux dents cariées. La tumeur occupe toute la joue et présente à son centre une ulcération d'où s'écoule une matière séro-purulente. Désarticulation et résection du maxillaire inférieur.

Anatomie pathologique. — Les deux lames de l'os sont amincies ; on trouve à l'intérieur trois kystes contenant l'un une matière mélicérique mélangée d'une substance grumeuse, athéromateuse, les deux autres une sanie visqueuse, rougeâtre.

Réflexions. — Cette tumeur doit être rapprochée de la précédente.

Observation III.

(Thèse de Reynaud).

Kyste séreux non dentaire.

X., âgée de 25 ans, porte à la région maxillaire droite une tumeur indolente à la pression, dure au palper, légèrement bosselée. Une ponction donne issue à un liquide séreux.

La paroi du kyste est incisée et l'exploration pratiquée

avec le doigt permet de constater la présence de racines de dents qui plongent dans sa cavité.

L'âge de la malade, la nature du liquide, la présence de racines de dent devaient plutôt faire penser à un kyste dentaire.

Observation IV.

(Thèse de Reynaud).

Kyste non dentaire à contenu demi-solide.

Claudine Schedec, 17 ans, porte au niveau de l'angle de la mâchoire et du côté droit une tumeur du volume d'une grosse noix.

Excision de la paroi externe du kyste.

On trouve sa cavité remplie d'une matière blanchâtre, pulpeuse comme si elle était due au ramollissement d'une substance solide dans le principe. La paroi externe du kyste est d'une consistance fibroïde et la paroi interne formée par une membrane fibro-séreuse.

Réflexions. — Cette observation est rapportée comme très probante. Il n'y est point question des dents ; elle est incomplète, et la nature de l'affection indéterminable.

Observation V.

(Thèse de Reynaud.)

Kyste multiloculaire.

Catherine Vignet, 50 ans, tumeur au niveau de l'angle de la mâchoire à droite, datant de 2 ans. Elle est parfois le siège de vives douleurs et fait partie constituante de l'os. Excision de la paroi externe. L'intérieur de l'os est envahi par une série de kystes contenant une matière visqueuse, des granulations graisseuses, des globules de sang altérés ; le plus volumineux est rempli d'un liquide hématique.

Des cloisons conjonctives les séparent. La surface interne est comme tapissée par une muqueuse et recouverte en certains points par des bourgeons rougeâtres très vasculaires. La malade sort neuf mois après l'opération non guérie.

Réflexions. — Ici encore n'avait-on pas eu affaire à un néoplasme ?

Observation VI.

(Rapportée par Reynaud.)

Kyste séreux non dentaire.

Jeanne X..., 34 ans. Carie des trois dernières molaires gauches de la mâchoire inférieure. Formation d'une tumeur au niveau du rebord gingival grosse d'abord comme une noisette puis comme une noix. Malgaigne diagnostique un

kyste séreux. Opération. A l'intérieur la coque osseuse était tapissée par une membrane.

Réflexions.— La carie des molaires milite en faveur d'uu kyste périostique.

Observation VII.

(Thèse de Reynaud.)

Kyste non dentaire.

Marie Gages, 56 ans, tumeur siégeant sur la face externe de la branche gauche du maxillaire inférieur au niveau du trou mentonnier. Forme ovoïde rénitente. On opère, le contenu était liquide.

Réflexions. — On ne dit pas quelle était la nature du liquide ; l'état des dents n'est pas noté.

Observation VIII.

(Thèse de Reynaud.)

Kyste du maxillaire inférieur.

Etienne Giraud, 42 ans, tumeur volumineuse, bosselée siégeant sur la partie latérale gauche du maxillaire inférieur A sa surface, saillies osseuses. Dans un point, fluctuation manifeste. Une première opération laisse écouler un liquide sirupeux, verdâtre. Récidive. Tumeur très adhérente à l'os. Dans une deuxième opération, on résèque un fragment du maxillaire. Il y avait des points d'éburnation ; çà et là des

cavités contenant une matière rougeâtre, pulpeuse. Tissu friable, trame fibroïde. A l'examen histologique on trouve des fibres conjonctives et des noyaux.

Réflexions. — Cette tumeur était probablement de nature sarcomateuse.

Observation IX.

Rapport de Forget à la Société de Chirurgie, le 22 octobre 1856.

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure observé par Mayor fils.

Un homme âgé de 42 ans se fit arracher, en 1838, deux dents molaires inférieures du côté gauche; l'une d'elles fut cassée dans l'opération ; ses racines restèrent dans l'alvéole. Neuf ans plus tard, en août 1847, une petite grosseur se développa au niveau de l'alvéole de la dent malade; elle s'accompagna de très vives douleurs. A plusieurs reprises, le gonflement étant devenu considérable, on pratiqua des incisions, suivies d'un écoulement très abondant, sans qu'il en soit résulté aucun soulagement pour le malade ni aucune diminution de la tumeur qui fit, au contraire, de rapides progrès.

Envoyé alors en consultation à Lyon, le malade en revint comme il y était allé ; il prétend qu'on lui a dit que son mal était trop avancé pour l'opérer.

Les choses en étaient là, quand le sieur Gardien (c'est le nom du patient), consulta MM. Mayor père et fils. Son état pitoyable, les douleurs incessantes qui s'irradiaient dans le cou et derrière la tête privaient le malade de tout sommeil; il éprouvait un bruit continuel et insupportable dans les oreilles.

Le développement de la tumeur aux dépens des tables interne et externe de l'os maxillaire était considérable, aussi bien du côté de la bouche qu'extérieurement ; la langue refoulée sur l'isthme du gosier, la compression exercée par la tumeur au voisinage du larynx s'opposait à la mastication qui n'était plus possible et donnaient lieu à des accès de suffocation.

L'ingestion de quelques aliments liquides était le seul mode d'alimentation praticable ; aussi le malade avait-il beaucoup maigri.

L'exploration de la surface de la tumeur produisait, sous le doigt, la sensation particulière de crépitation que Dupuytren, le premier, donna comme étant caractéristique des kystes osseux. Quant aux tissus voisins de la maladie qui paraît tout-à-fait localisée dans l'épaisseur de l'os, ils sont dans un état parfait d'intégrité, il n'existe aucun engorgement ganglionnaire circonvoisin, ni aucune ulcération sur la tumeur ou dans son voisinage.

En présence de l'historique qui précède et des caractères actuels de la maladie, soumise à leur examen, MM. Mayor ne se prononçèrent pas d'une manière absolue sur le diagnostic de la lésion à laquelle ils avaient à faire.

« Sans les douleurs incessantes qu'accusait la malade, nous n'aurions eu, disent-ils, aucun doute sur la nature du mal ; ces douleurs ayant existé presque dès l'origine, devaient nous faire craindre que la maladie ne fût plus grave dans son essence que ne le sont d'ordinaire les kystes des os. »

En 1852, 4 ans après l'opération, la solidité de la guérison était confirmée. M. Mayor avait désarticulé la moitié du maxilllaire.

Anatomie pathologique. — Kyste multiloculaire formé par une série de loges nombreuses tapissées par une membrane

ayant toute l'apparence, dit l'auteur, de la muqueuse du sinus maxillaire et remplies d'un liquide filant, visqueux, jaune-rougeâtre. Ces loges rapprochées l'une de l'autre et séparées par des parois ostéofibreuses constituaient presque entièrement la tumeur.

Réflexions.— L'heureux résultat de l'opération semble devoir faire écarter l'idée d'un néoplasme.

M. Mayor pouvait bien avoir eu affaire à un kyste périostique ; les douleurs, dans ce cas, auraient été produites par la compression des filets nerveux.

Observation X.

Énorme kyste multiloculaire du maxillaire inférieur.

(Résumé d'une observation de Letemeur de Nantes, lue par Broca à la Société de Chirurgie, 21 août 1861),

M. H., ancien militaire, âgé de 47 ans, demeurant à Saint-Fulgent (Vendée), me fut adressé au mois de janvier 1857 par le Dr Merland de Napoléon-Vendée, pour une tumeur très volumineuse de la mâchoire inférieure.

. . . . . .

Pendant qu'il était au service, il se fit arracher du côté droit de la mâchoire inférieure la dent de sagesse et la première grosse molaire, ces deux dents se brisèrent sous l'instrument et les racines qui ne purent être extraites restèrent toujours douloureuses.

Il y a dix ans, la dent intermédiaire, la seconde grosse molaire, se caria aussi et fut arrachée complètement.

Dès cette époque, il existait au corps de la mâchoire un

gonflement appréciable qui augmenta après l'ablation de la dent et qui fut pris pour un abcès. Une incision pratiquée sur la gencive ne donna issue qu'à du sang. La tumeur s'affaissa mais reprit bientôt son volume primitif; en même temps elle devenait le siège de douleurs intolérables, que de nouvelles incisions seules réussirent à calmer. Ces incisions ne donnèrent d'abord lieu qu'à du sang.

.....Lorsque je vis le malade pour la première fois, la tumeur avait le volume des deux poings. Elle occupait tout le côté droit de la face et descendait au-dessous du niveau inférieur de la mâchoire; les parties molles du visage étaient fortement tendues à sa surface ; sa consistance était osseuse, sa surface légèrement bosselée, sa forme assez régulièrement arrondie.

Il existait quelques ganglions dans la région sous-maxillaire. Examinée du côté de la bouche, la tumeur présentait les mêmes caractères; cependant sa consistance était moins considérable, et sur quelques points on pouvait la déprimer: on sentait alors sa coque osseuse reprendre sa position première en faisant entendre un bruit caractéristique.

La mâchoire supérieure était déformée, les dents étaient renversées en dedans, de sorte que le rapprochement des mâchoires était possible jusqu'à un certain point, et que du côté gauche la mastication quoique incomplète pouvait cependant se faire.

La langue était repoussée du côté gauche, ce qui rendait la parole difficile ; mais la déglutition et la respiration s'exécutaient bien mieux qu'on n'aurait pu le supposer.

Enfin, cette tumeur produisait une gêne notable par son volume énorme, mais elle n'était le siège d'aucune douleur. Dès lors on comprend que la santé générale n'ait pas été sensiblement altérée.

L'opération fut pratiquée le 7 janvier 1857.

. . . . . .

Nous vimes alors qu'elle était formée d'une coque osseuse d'autant plus épaisse et plus dure qu'elle était plus rapprochée de la base du maxillaire ; dans d'autres points au contraire, l'os était réduit à une lamelle de l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Il existait à l'intérieur une douzaine de loges dont les plus grandes pouvaient contenir un œuf de poule, et les plus petites avaient moins d'un centimètre de diamètre. Ces dernières se trouvaient vers la branche de l'os, sur les limites extrêmes de la maladie. La matière contenue dans ces kystes n'avait pas le même aspect ; tantôt c'était un liquide ressemblant à de la salive, tantôt un liquide jaunâtre, visqueux ; tantôt enfin une matière plus épaisse et blanchâtre.

Les cloisons qui séparaient ces loges étaient osseuses et éburnées vers le corps de l'os ; elles étaient d'autant plus minces qu'elles s'éloignaient davantage du point, d'implantation de la tumeur ; enfin, dans quelques points, elles étaient cartilagineuses et pouvaient être coupées aisément avec des ciseaux.

La tumeur fut enlevée complètement, mais j'eus soin de conserver en bas une bande osseuse de 2 centimètres de largeur, représentant une partie de la branche de la mâchoire et tout le côté droit du corps de l'os ; de chaque côté de ce point osseux restaient deux larges lambeaux muqueux, doublés de périoste. Ces lambeaux furent régularisés, puis la surface de l'os fut cautérisée avec le fer rouge. Enfin, les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

Le malade qui avait supporté cette opération avec un grand courage, n'eut même pas de fièvre les jours suivants. Le quinzième jour après l'opération, il retournait chez lui ayant encore un gonflement considérable de la joue.

Il y eut jusqu'à la fin de mars un peu de suppuration dans la bouche. A cette époque une longue esquille se détacha et la guérison parut définitive.

Cependant la joue était restée plus grosse que celle du côté opposé. Ce n'est qu'au bout de six mois que ce défaut de symétrie disparaît enfin.

Depuis deux ans j'ai revu mon malade plusieurs fois. Une cicatrice linéaire à peine apparente indique les points où les incisions ont été pratiquées. Grâce à la conservation du périoste, la mâchoire inférieure s'est reconstituée et à plus que doublé de volume; elle est recouverte par une membrane muqueuse assez épaisse pour servir à la mastication; enfin, les dents de la mâchoire supérieure ont repris leur position normale.

Réflexions.— Quelques années plus tard, en 1873, M. Leteneur fit au sujet de ce malade une nouvelle communication à la Société de chirurgie. La tumeur a récidivé.

C'est sur ces observations que l'on s'est fondé pour admettre l'existence de kystes non dentaires. Nous avons déjà eu le soin de faire ressortir à la suite de chacune d'elles, combien elles sont imparfaites et peu probantes. Dans la plupart des cas, l'examen histologique manque. C'est cependant lui qui en cette question devait être juge à peu près suprême.

Il aurait en effet démontré dans beaucoup de cas l'existence de néoplasmes. Dans l'observation de Leteneur, la confusion est manifeste; on avait affaire à une véritable tumeur et celle de Mayor a longtemps été prise pour un cancer. Il en est de même des observations de Forget et de Reynaud. Dans tous ces cas, on nous montre des cavités creusées dans le maxillaire et on conclut dès lors à un kyste, sans s'être demandé si son développement n'aurait pas pu tenir à une autre cause. L'état des dents n'est presque jamais

noté, on ne tient pas compte de leurs altérations et dans aucune des observations on n'essaye un diagnostic différentiel.

Il est très fréquent de voir des sarcomes, des enchondromes, subir dans un ou plusieurs points de leur substance des régressions spéciales, qui creusent le néoplasme de cavités multiples.

Ce sont ces aspects que l'on a pris pour des kystes.

Comment peut-on concevoir leur développement? Klebs (1) parlant des sarcomes des maxillaires dit: «que la transformation muqueuse, leur combinaison avec le myxome ne sont pas rares, et qu'il en est de même de la formation kystique dont l'origine n'est pas facile à établir. Dans un cas de cysto-sarcome extirpé du maxillaire supérieur par Wagner, j'ai trouvé, ajoute-t-il, à la surface de la paroi kystique et aussi dans la profondeur de la tumeur, des cellules géantes (Riesenzellen) vésiculeuses et renfermant des physalides. Il est possible que les kystes résultâssent ou provinssent de la dégénérescence des cellules comme cela arrive aussi pour les restes ramollis de la corde dorsale dans les disques intervertébraux.»

Il ne nous répugne nullement d'admettre ce mode pathogénique, d'autant que ces cellules existent en grand nombre dans les tumeurs qui ont une prédilection marquée pour les mâchoires. Les épulis, en effet, à cause de la prédominance de ces éléments ont mérité le nom de tumeurs à myéloplaxes Il est fort probable que la plupart de ces néoplasmes subissant la dégénérescence kystique, ont été pris pour des kystes non dentaires.

Cette opinion de Klebs paraît confirmée par les études de Malassez et Monod (2) sur certaines épulis dans lesquelles

(1) Traité d'anatomie pathologique, t. I.
(2) Archiv. de physiologie, 1878.

ces auteurs ont trouvé des éléments vasculaires en voie de développement embryonnaire et hypertrophiques sous forme de longs cordons angioblastiques, renflés en certains points et pourvus de nombreux noyaux. Ces renflements renferment souvent des cavités pleines de globules sanguins, véritables kystes sanguins. Il est assez rationnel de penser que de pareilles formations angioblastiques pourraient aussi donner lieu à des kystes séreux qui, en s'agrandissant et en se fusionant les uns avec les autres, donneraient au néoplasme l'aspect d'un tissu parsemé de nombreuses vésicules miliaires et même de kystes plus volumineux.

Dans le chondrome, la formation kystique appartient à l'anatomie pathologique de ces tumeurs dans tous les organes; elle résulte de la dégénération graisseuse ou colloïde d'une partie de la substance cartilagineuse.

Dans le carcinome, on peut très bien comprendre le développement possible d'espaces kystiques. Dans un point de leur substance survient un processus régressif qui, ramollissant et détruisant une partie de la tumeur, y creuse une cavité à contenu caséeux.

Telle nous paraît être la pathogénie des cavités creusées au sein de néoplasmes. Quoi qu'il en soit, quelque interprétation que l'on donne de leur formation, il est bien avéré qu'elles sont dues à des tumeurs dégénérées et qu'elles ne sauraient en aucune sorte être considérées comme de vrais kystes.

ETIOLOGIE.

Les kystes dentaires peuvent se développer à toutes les époques de la vie. D'après Magitot et Guyon, les folliculaires sont plus fréquents jusqu'à 20 ans et plus rares après cet âge. La cause intime qui amène leur formation est indéterminable ; ils surviennent le plus souvent à la suite d'un traumatisme ou d'une carie de dents temporaires qui irrite les follicules sons-jacents des dents permanentes. Le travail qui s'accomplit dans les follicules hétérotopiques peut être à chaque instant troublé par la résistance que le tissu osseux oppose au développement de l'orgsne dentaire. Les kystes folliculaires dentifères qui se développent chez l'adulte sont causés le plus souvent par la dent de sagesse dont l'éruption se fait difficilement si l'espace qu'elle doit occuper entre la branche montante et la deuxième molaire est insuffisant. Les différentes affections qui frappent les dents, les tentatives infructueuses d'extraction, l'obturation intempestive de la cavité de la pulpe, la périostite alvéolo-dentaire peuvent devenir le point de départ de kystes périostiques.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Les kystes des mâchoires passent inaperçus au début.

Aucun symptôme ne révèle l'existence des kystes folliculaires qui restent indolents même lorsqu'ils sont parvenus à un grand volume. Les kystes périostiques s'accompagnent, il est vrai, de vives douleurs dues au tiraillement des nerfs du périoste, mais à cette première période il sera difficile de les distinguer d'une inflammation aiguë de cette membrane. A une époque un peu plus avancée de la maladie, elles disparaissent par suite de la destruction des éléments nerveux. Quand la tumeur a acquis un certain développement, le malade éprouve de la gêne dans la mastication, et la muqueuse, d'après Paget, devient le siège d'une vascularisation exagérée. A mesure que la poche augmente, la tuméfaction devient de plus en plus apparente et se dirige surtout vers la face externe de la mâchoire. Elle est dure, fait corps avec l'os, le plus souvent lisse, parfois bosselée.

Les kystes se développent lentement; restent quelquefois un certain temps stationnaires pour continuer ensuite leur évolution. Ils peuvent, à la suite d'une inflammation survenue dans leur paroi, affecter une marche rapide, suppurer et s'ouvrir spontanément à l'extérieur. La poche une fois vidée peut se rétracter et la guérison en être l'heureux résultat; mais le plus souvent la fistule s'oblitère et la membrane kystique continue à sécréter.

La dépressibilité, la fluctuation, la crépitation parcheminée sont des signes précieux mais non constants. Pour qu'ils

soient nettement perçus, en effet, il est nécessaire que les parois de la tumeur aient disparu ou se soient au moins fortement amincies. Nous avons déjà montré qu'il n'en est pas toujours ainsi, le diagnostic présente alors de grandes difficultés. Il faut savoir aussi que des tumeurs du maxillaire de nature différente peuvent se ramollir et donner lieu aux mêmes phénomènes.

Les kystes sont quelquefois transparents et ce caractère lorsqu'il existe est pathognomonique. Ils ont pu dans certains cas donner lieu à des pulsations isochromes, à celles des pouls comme les tumeurs vasculaires ou à myéloplaxes. Ce phénomène serait dû, d'après M. Magitot, à une vascularisation extrême de la membrane ou à la présence d'une artériole devenue contiguë à la paroi.

On peut, en dernier ressort, avoir recours à une ponction exploratrice pratiquée au moyen d'un trocart; l'issue d'un liquide clair et citrin lèvera tous les doutes. La tumeur une fois ouverte, le doigt ou un stylet introduit dans sa cavité, feront souvent constater la présence de racines de dents.

Enfin, toutes les fois qu'un malade sera porteur d'une tumeur des mâchoires, surtout si le sujet est jeune, il faudra s'informer si l'affection n'a pas débuté par des douleurs dentaires et se rendre exactement compte de l'état et du nombre de ses dents.

Ces tumeurs n'altèrent pas la santé générale, les parties molles périmaxillaires restent saines ; il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires. Elles peuvent atteindre un développement énorme et dans quelques cas, par compression, faire naître des névralgies rebelles qui ne cèdent qu'à l'intervention chirurgicale. On a souvent observé la constriction des mâchoires.

L'âge du sujet, le nombre et l'état des dents, les douleurs

du début, le siège de la tumeur indiqueront le plus souvent à quelle variété de kyste on a affaire.

Le diagnostic résulte des symptômes que nous venons d'énumérer.

L'ostéopériostite du corps des maxillaires se distingue de ces tumeurs par une marche plus rapide, la formation d'abcès et la nécrose consécutive de l'os. L'ostéite centrale est rare et n'est, le plus souvent, que le résultat de l'inflammation des kystes dentaires. La carie et la nécrose reconnaissent habituellement pour cause la scrofule et la syphilis. L'odontome ne peut être confondu qu'avec les kystes folliculaires et l'erreur serait peu importante, car les deux affections sont justiciables du même traitement. Il en est de même des tumeurs qui se développent sur les racines des dents à la suite d'une périostite alvéolo-dentaire chronique. L'inflammation de cette dernière membrane peut, dans tous tous les cas, être suivie de la formation d'un kyste dont l'existence ne sera constatée qu'ultérieurement.

Le sarcome, le carcinome, l'épithéliome se developpent souvent dans le maxillaire inférieur. Ces tumeurs prennent naissance dans le tissu spongieux, écartent les lames de l'os, se ramollissent, se creusent des cavités et peuvent donner lieu à la crépitation et à la fluctuation.

Elles diffèrent des kystes dentaires par leur siège, leur marche rapide, l'altération des parties molles environnantes, les douleurs lancinantes et l'engorgement ganglionnaire précoce qu'elles déterminent.

Elles sont héréditaires et ne se développent le plus souvent qu'à un âge déjà avancé. Le contenu séro-sanguinolent de leurs cavités n'a rien qui ressemble à celui des vrais kystes. Elles retentissent sur la santé générale et leur ablation est généralement suivie de récidive.

TRAITEMENT.

Les kystes des mâchoires sont des affections bénignes, mais lorsque leur marche n'est pas entravée au début, ils peuvent amener des désordres assez graves pour nécessiter la résection de l'os.

La ponction est généralement insuffisante. Dans quelques cas, malheureusement trop rares, l'avulsion de la dent malade s'est accompagnée de l'extirpation de la tumeur encore peu développée. Le plus souvent, il faudra recourir d'emblée à l'incision ou à la résection d'une portion de la paroi. Quelques kystes peu adhérents ont pu alors être énucléés. Dans tous les cas, la poche une fois ouverte est vidée et nettoyée. On place un séton-tube qui facilite l'écoulement du liquide sécrété par la membrane et sert à faire des injections astringentes ou caustiques pour amener la suppuration de cette dernière. Il sera utile d'user de moyens compressifs, lorsque les parois épaissies n'ont nulle tendance à se rapprocher.

CONCLUSION.

1° Les kystes du maxillaire inférieur se développent au dépens du follicule ou du périoste des dents ;

2° Il n'est pas démontré que des tumeurs de cet ordre puissent se former dans le tissu spongieux de l'os ;

3° Sous le nom de kystes non dentaires, on a décrit des cavités développées au centre de tumeurs de nature très différente.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
LANNEGRACE.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !